

.....  
*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej*

.....  
*miejsowość i data  
/zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia/*

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb  
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy .....

Nr PESEL .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej ( wpisać w j. polskim):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),  
stopień uszkodzenia strukturalnego, funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:**

.....  
.....  
.....  
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....  
.....  
.....  
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

.....  
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....  
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać datę): .....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać datę): .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta: **Tak/Nie\***

W/w Pan/i **wymaga/nie wymaga\*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności: **Tak/Nie\***

U w/w Pana/i **nastąpiła/ nie nastąpiła\*** zmiana stanu zdrowia w okresie od dnia wydania ostatniego orzeczenia lub ważnego orzeczenia wydanego na trwałe.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie